



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Autor: Pedro Emanuel Semedo Da Graça, N.º 2577

Minho, 2015



**UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**A importância dos cuidados prestados pelos familiares ao utente
portador de Doença de Parkinson**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Mindelo
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciatura em enfermagem.
Orientadora: Enf^a. Telma Monteiro

Mindelo, Setembro de 2015

Epigrafo

“Nascer é uma possibilidade, viver é um risco e envelhecer é um privilégio”

Marcelo Salgado

Dedicatória

Esse trabalho é dedicado em primeiro plano a minha família, em especial aos meus pais pelo apoio, dedicação, esforço e empenho ao longo desse percurso académico. O mesmo é dedicado aos seis utentes que colaboraram para que o trabalho fosse realizado, a todos os docentes que durante quatro anos ajudaram-me de uma forma ou de outra a atingir o desejado objetivo.

Agradecimentos

Foram quatro anos de luta, empenho, dedicação e principalmente de muita convivência, companheirismo, ajudas mútuas entre colegas companheiros de curso, a quanto a isso só tenho a agradecer por estarem presentes tanto em momentos bons como ruins durante esses anos.

Agradeço também incansavelmente a todos os enfermeiros e outros profissionais da saúde de todos os campos clínicos onde realizei os ensinamentos clínicos pelo apoio, por compartilharem seus conhecimentos e a aperfeiçoar na realização de técnicas próprias de enfermagem.

Agradeço todo o esforço e dedicação da minha orientadora Telma Monteiro que demonstrou disponibilidade a todo momento para que o trabalho fosse realizado e entregue o mais breve possível e com qualidade.

Resumo

A doença de Parkinson (DP) é uma das causas de maior demência e dependência no mundo e com maior incidência na terceira idade, o que se torna indispensável fazer com que a patologia seja mais divulgada.

É uma patologia crónica, que afeta o sistema motor do portador, deixando-o dependente a medida que evolui. Posteriormente afeta a família que cuida do membro doente, logo esta deve estar capacitada para ajuda-lo na satisfação de todas as suas necessidades.

Em Cabo Verde esta patologia ainda é um pouco desconhecida. Embora não haja registos concretos, esta tem uma baixa taxa de incidência, mas com alguma tendência para o aumento. Em São Vicente, houve no ano de 2011, 11 utentes portadores de DP e em 2014, 29 utentes.

O trabalho tem como principal objetivo identificar os cuidados prestados pela família, aos utentes portadores de DP, de forma a saber se estes são apropriados para ajudar no grau de dependência/autonomia do utente, e na melhoria do bem-estar e conforto do mesmo.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativo, exploratório e descritivo, tendo como instrumento de recolha de dados um guião de entrevista com perguntas semiestruturada, à seis utentes portadores da DP (3 habitam em São Nicolau e 3 em São Vicente) e aos agregados familiares, sendo os utentes, 3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com faixa etária dos 58 aos 79 anos de idade.

Com as entrevistas realizadas, foi possível constatar que há um baixo nível de conhecimento acerca da patologia, e, embora com poucos recursos disponíveis os familiares conseguem prestar cuidados adequados com o intuito de promover o conforto e o bem-estar do utente. Em São Nicolau, com poucos recursos económicos e profissionais os cuidados que os agregados familiares prestam a esses utentes são mais próximos do que os prestados em São Vicente.

Palavras-chaves: Doença de Parkinson, A Família e o utente portador de DP, As intervenções de enfermagem á família e ao utente portador de DP

ABSTRACT

The Parkinson's disease (PD) is one of the causes of a higher dementia and dependence in the world and with a higher incidence in the third age, which becomes essential to ensure that the disease is more widespread.

It is a chronic disease that affects the motor system of the bearer, leaving it dependent on the extent that evolves. Subsequently affects the family that cares for the ill member, as soon as this should be able to help you in satisfaction of all your needs.

In Cape Verde this pathology is still somewhat unknown. Although there are no specific records, this has a low incidence rate, but with a tendency for the increase. In St. Vincent, there was in the year 2011, 11 users with DP and in 2014, 29 users

The work has as main objective to identify the care provided by the family, for users with DP, in order to find out if these are appropriate to help in the degree of dependence/independence of the wearer, and improve the well-being and comfort of the same

It is a study of qualitative approach, exploratory and descriptive, having as an instrument for data collection a script of interview with semi-structured questions, six users with the DP (3 dwell in St. Nicholas and 3 in St. Vincent) and households, being users, 3 male and 3 female, with ages ranging from 58 to 79 years of age

With the interviews, it was possible to confirm that there is a low level of knowledge about the disease, and, although with little available resources the family can provide appropriate care with the intent to promote the comfort and well-being of the wearer. At St. Nicholas, with few economic resources and professional care that households provide these users are closer than those delivered in St. Vincent.

Key words: Parkinson's Disease, The Family and the wearer bearer of DP, The nursing interventions will be family and the wearer bearer of DP

Índice	
Introdução	11
Problemática e Justificativa do estudo	13
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1.1 Doenças Crónicas/Doença de Parkinson	19
1.2 Etiologia/Patologia.....	22
1.3. Manifestações clínicas da Doença de Parkinson	24
1.4 Diagnóstico da Doença de Parkinson	25
1.5 Tratamento da DP/Abordagem Multidisciplinar	27
2. A Família e o Utente portador de DP	30
3. Cuidados de enfermagem	33
3.1 Cuidados de enfermagem prestados à família ao utente com DP	34
4. Diagnósticos de enfermagem.....	36
5. Intervenções de enfermagem à Família e ao utente portador da DP	38
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	40
6. Metodologia do estudo.....	41
6.1 Tipo de Estudo	41
6.2 Coleta de dados	41
6.3 Características dos Sujeitos	42
CAPÍTULO III- ANÁLISE DOS DADOS	44
7.1 Caracterização dos utentes/família	45
7.2 Categoria I.....	46
7.3 Categoria II	49
7.4 Categoria III.....	52
7.5 Conclusão da análise de dados.....	55
8. Considerações finais.....	57
9. Referências Bibliográficas	59

APÊNDICES	61
Apêndice I.....	62
Apêndice II	63
Apêndice III	66
Apêndice IV	69
Apêndice V	70
Apêndice VI.....	71

ANEXO	72
Anexo I	73
Anexo II	74
Anexo III.....	75

Quadro

Quadro I.....	16
Quadro II.....	37
Quadro III.....	47
Quadro IV.....	48

Lista de siglas

DP - Doença de Parkinson

DA - Doença de Alzheimer

OMS - Organização Mundial da Saúde

DC - Doenças Crónicas

NHF - Necessidades Humanas Fundamentais

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

PA - Parkinsonismo

SN - São Nicolau

SV - São Vicente

TA - Tensão Arterial

F - Família

Introdução

O presente trabalho enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular de Seminários Avançados em Enfermagem e Investigação Científica, do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, intitulado “**A Importância dos cuidados prestados pelos familiares, ao utente portador de doença de Parkinson**”.

Atualmente, as doenças degenerativas têm vindo a aumentar muito no mundo inteiro e, a doença de Parkinson por se enquadrar nesta perspectiva, tem-se sobressaído devido a sua alta taxa de incidência no mundo.

A DP é uma doença crónica neurodegenerativa do sistema nervoso central, sem cura, e, à medida que evolui, torna as pessoas portadoras cada vez mais dependentes e mais vulneráveis. Esta morbilidade é mais frequente em pessoas com idade avançada e produz incapacidades tanto a nível motor como a nível cognitivo.

Essa doença afeta o portador, os agregados familiares assim como os amigos, os vizinhos e todos os que estão próximos. Com a evolução da doença, há evolução dos sintomas e consequentemente um aumento de dependência, e, se os familiares não estiverem capacitados para lidarem com este novo estado do utente, pode haver consequências para o utente destacando a depressão e mais tarde o isolamento.

É neste contexto que os profissionais de enfermagem têm uma função importante em capacitar a família/as pessoas mais próximas do utente em relação aos cuidados que devem prestar ao mesmo e na transmissão de informações pertinentes de forma a lidarem com tal situação.

Nisto achou-se pertinente abordar este tema, que tem como intuito dar início ao processo de aprendizagem no âmbito da investigação científica na medida em que a mesma constituísse como uma revisão da literatura sobre uma problemática particular e específica dos cuidados de enfermagem, pressupondo o aprofundamento da sua compreensão.

Trata-se de uma pesquisa de cariz qualitativo, em que foram entrevistados seis utentes portadores de doença de Parkinson e suas respetivas famílias, realizadas no período do mês de Março a Maio de 2015, de modo a saber quais são os cuidados prestados pelos familiares a esses utentes dentro do meio familiar. É de referir que três utentes são da ilha

de São Vicente e três da ilha de São Nicolau, com idade superior a 58 anos e que será feita uma análise comparativa desses cuidados que os familiares prestam a seus utentes entre essas duas ilhas.

Problemática e Justificativa do estudo

É na problemática onde se encontra de uma forma simples o problema do estudo e o porquê deste ser fundamental para pesquisa. A justificativa exalta a importância do tema a ser estudado.

Como refere Gouveia (2008, p.10) “as últimas décadas tem-se assistido a mudanças profundas na estrutura etária da população mundial, caracterizadas por uma diminuição progressiva da população jovem e inversamente, por um aumento crescente da proporção do número de idosos”.

Citando Trelha (2007, p.21),

“Envelhecer não é uma doença, mas tem um efeito devastador sobre o indivíduo, desvalorizando a sua auto-imagem, acarreta um processo contínuo de inatividade e predispõe a um conceito errado da verdadeira compreensão do processo de envelhecimento humano”.

E, é neste contexto que Santos, Borges e Santana (2010, p.17) afirmam que há o surgimento das “profundas transformações na vida, especialmente na saúde, nas relações interpessoais, sociais e económicas. E se estiver associado às doenças crónicas que ocorrem com esse processo, altera de forma significativa a qualidade de vida, principalmente, no que tange a independência e autonomia”.

Sendo a doença de Parkinson uma doença crónica e neurodegenerativa, à medida que evolui, afeta a dependência e autonomia do portador ficando a merce na maior parte, dos cuidados dos familiares mais próximos ou mesmo dos vizinhos e amigos.

Estes cuidados são prestados pelos familiares pois com a evolução da doença “as implicações físicas vão surgindo, desencadeando decréscimo da força muscular e condicionamento físico e também impactando no estado mental, social e económico dos indivíduos portadores e de seus familiares” (Paternella e Marcon, 2008, p. 26).

As famílias, quando não encontram capacitadas para lidarem com essa situação, são afetadas, físico-psíquico e social, pois não possuem capacidades suficientes para lidar com o elevado grau de dependência do utente em causa. O que leva muitas vezes a uma desestruturação familiar, pois vão ter que criar novas estratégias para adaptar as suas vidas em simultâneo com o elemento doente.

E cabe a uma equipa multidisciplinar da saúde colmatar ou melhorar as condições que o utente e a família vivenciam. Em especial aos profissionais de enfermagem,

nomeadamente os enfermeiros, que devem estar capacitados para prestar cuidados humanizados e transmitir informações ao utente e principalmente à família de como cuidar do mesmo em casa, promovendo o conforto e o bem-estar do portador da DP, o que por sua vez o tornará menos dependente para a realização das suas atividades diárias.

As intervenções que os enfermeiros prestam/transmitam, devem ser de modo a ajudar o utente/família a usar as possibilidades próprias contra todos os agentes estressores que vão surgindo, e assim encorajar o utente ou o familiar que presta os cuidados, a melhorar a sua qualidade e o nível de vida.

Mas muitas vezes esses familiares/cuidador que prestam os cuidados aos utentes têm tendência a afectar completamente as suas vidas, tanto no físico, no psíquico e no seu bem-estar, ficando estes mais susceptíveis a certas patologias tanto emocionais como físicas.

Uma vez que, ser cuidador de utentes com doenças crónicas pode causar transtornos psicológicos graves e logo a piora do quadro clínico do utente portador da doença. Quando se depara com o medo de perder uma pessoa, proporcionada por momentos de crise, torna-se indispensável uma ajuda psicológica ou até mesmo espiritual, pois muitas vezes a família é crente em Deus, e isso pode ser usado para ultrapassar o momento de crise.

Nesse contexto é de relevar o grande papel da família tanto no seu funcionamento, como na capacidade de lidar com momentos de crise e conseguir ultrapassá-las, e principalmente no apoio psicológico e físico ao utente portador de DP.

Estudos feitos estimam que existe em média quatro milhões de pessoas portadoras da doença de Parkinson no mundo, e com mais prevalência nos países em Desenvolvimento, nomeadamente, Ásia, China, Índia, Portugal, entre outros.

Como explica Shannon (2004, p. 2132), a DP “é a segunda doença neuro-degenerativa mais comum nos idosos, a seguir à Doença de Alzheimer (DA) com uma prevalência de cerca de 360 por 100.000 e uma incidência de 18 por 100.000, sendo a doença de Parkinson responsável por 80% dos casos parkinsonismos”.

É de referir também que esta patologia “atinge aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 60 anos e prevê-se que a incidência e a

prevalência tendam a aumentar significativamente, nos próximos anos, com o envelhecimento da população mundial” (Ferreira, 2003, p.44).

Relativamente a taxa de incidência da DP em Cabo Verde não existem dados estatísticos capazes de traduzir os números, todavia segundo o superintendente da Delegacia de Saúde, foi desenvolvido um estudo no ano de 2011 e consta-se que esta tem-se vindo a aumentar, preocupando tanto a nossa sociedade como os profissionais de saúde que lidam com essa situação permanentemente.

Referente a dados sobre a DP em São Nicolau, não existem dados 100% credíveis, uma vez que não existe um registo de todos os utentes portadores da patologia na ilha, mas existe um acompanhamento periódico a 16 utentes de faixa etária dos 50 aos 80 anos de idade, e estima-se que pode existir o dobro ou mais dos casos segundo informações do médico clínico geral da ilha.

Sendo esses dados referentes ao primeiro trimestre de 2014 até o presente, é de referir que na ilha não existe um seguimento minucioso, com uma lista completa de todos os utentes, uma vez que o diagnóstico da DP foi feito sempre nas consultas de rotina.

De acordo com os dados cedidos e conforme a superintendente da Delegacia de Saúde de São Vicente (SV), é visível um maior acompanhamento dos utentes portadores da DP, sendo a própria Delegacia de saúde de São Vicente a fazer esse acompanhamento.

Como dados arquivados desde 2011 foi facultado as seguintes informações:

Quadro I

Ano	Número de casos de DP
2011	11 Utentes
2012	17 Utentes
2013	21 Utentes
2014	29 Utentes

Fonte: Elaboração própria (dados da Delegacia de Saúde).

Pode-se notar um aumento dos casos ao longo dos anos, declarando ainda o superintendente da Delegacia, que havia muitos casos por diagnosticar ou comprovar o diagnóstico, e durante o correr dos anos tem-se feito de tudo para diagnosticar todos os casos suspeitos e iniciar mais rapidamente possível o controlo dos sintomas.

Com isso, achou-se pertinente a escolha do tema para abordagem em que este é dado por vários fatores que por sua vez juntas, tendem a criar obstáculos para o nível, a qualidade, e condição de vida do utente portador dessa patologia. Essa patologia desconhecida por muitos, é muitas vezes diagnosticada tardiamente, acabando por agravar o quadro clínico.

E, é a família que vivencia todas as mudanças, as angústias, os medos e os sentimentos gerados pela patologia no ambiente em que vivem. E, tratando dessa patologia, estas dificuldades são aumentadas, já que para além de ser crónica, afecta o psicológico, o físico e o social dessas pessoas, gerando dependências e necessidades vivenciadas também pela família.

Muitas vezes, há relatos de maltratos a esses utentes ou até mesmo abandono pois essas famílias não conseguem lidar com essa situação uma vez que não têm apoio suficiente.

A escolha também foi devido à curiosidade pessoal sobre a patologia, e vontade de enriquecimento do conhecimento teórico acerca do tema e futuramente aplicá-lo no campo prático e profissional.

Para um melhor desenvolvimento e entendimento acerca do tema foi elaborada a seguinte pergunta de partida, em que indicará o caminho a percorrer para elaboração do trabalho e no final seja possível responder a questão elaborada. O foco é o utente e na família, e surge a seguinte pergunta: **Qual é a importância dos cuidados prestados pelos familiares ao utente portador de Doença de Parkinson?**

Perante a pergunta de partida definiu-se o seguinte **objetivo geral**:

- Identificar os cuidados prestados pela família aos utentes portadores de DP no domicílio.

E como **objetivos específicos** foram definidos os seguintes:

- Compreender o processo da DP;
- Conhecer a realidade de vida de seis utentes portador da DP e das respetivas famílias;

- Apresentar as intervenções de enfermagem prestados a família e ao utente portador de DP;
- Fazer uma análise comparativa dos cuidados prestados pela família, entre seis utentes portadores da patologia, residentes em São Nicolau e São Vicente.

O trabalho está estruturado em três capítulos para além da introdução; no capítulo I encontra-se o enquadramento teórico com a contextualização da doença de Parkinson, no capítulo II encontra-se a metodologia com o delineamento metodológico e a sua natureza assim como todos os procedimentos necessários para a realização do mesmo e o capítulo III com a apresentação dos dados da entrevista, por fim encontra-se as considerações finais, algumas propostas sugeridas, colocação dos anexos e das referências bibliográficas.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Enquadramento teórico

No presente capítulo realiza-se uma ampla contextualização, através de revisão de literatura, sobre a DP e os efeitos ocasionados por esse problema na qualidade de vida dos utentes e dos familiares, visando dessa forma contribuir para um melhor conhecimento sobre a dimensão desse problema.

Neste realça-se também a importância dos cuidados de enfermagem para a melhoria na qualidade e nível de vida dos utentes portadores da DP e da família, abordando também a importância da família, tanto na prestação de cuidados, bem como no apoio moral na superação do impacto do diagnóstico no utente.

1.1 Doenças Crónicas/Doença de Parkinson

Um utente portador de qualquer patologia necessita de cuidados, e quando se trata de patologias crónicas, é importante a actuação do enfermeiro em transmitir informações adequadas e cuidados com o contacto direto com o utente/família necessitado, para que estes sejam capazes de tomar as suas próprias decisões em relação aos cuidados.

As doenças crónicas (DC) são consideradas como doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta defendendo a OMS (2008, p.39) que, no presente, “estas doenças representam um dos principais desafios que os sistemas de saúde do século XXI enfrentam, por serem doenças que não existe cura, e devido à sua progressão vão necessitar de cuidados e por períodos mais prolongados que as doenças agudas.”

Como se tem notado ao longo dos tempos, a população tem vindo a envelhecer e trazendo consigo uma grande quantidade de DC e degenerativas, que são doenças específicas de idades mais avançadas.

Com o aumento da esperança média de vida mundial e consequentemente o aumento da população geriátrica e devido ao processo normal de envelhecimento do organismo, os indivíduos ficam cada vez mais vulneráveis ao aparecimento dessas DC destacando a Diabetes Mellitus, Arteriosclerose, a Hipertensão, as Doenças Cardíacas, **Doença de Parkinson**, Alzheimer, entre outros, sem deixar de mencionar a exposição a factores de risco ao longo da vida.

Peternella e Marcon (2008, p. 26) defendem que,

“As doenças crónicas identificam-se pela ausência de períodos de alívio dos sintomas, desenvolvendo efeitos progressivos e comprometedores que provocam sofrimento e períodos de crise no seio familiar, afetando principalmente o cuidador. Provocando grande desgaste tanto pela parte do utente, assim como pela família.”

E, conforme Monteiro (2007, p.5), “As doenças degenerativas do sistema nervoso central são caracterizadas por morte neuronal de evolução gradual, mas progressiva é irreversível (...)”.

Na perspetiva de Peternella e Marcon (2008, p.38) “as projeções futuras demonstram que as doenças crónicas têm tendência a ser os maiores contribuintes para a mortalidade e incapacidade no mundo e que continuarão a aumentar”.

Com o surgimento dessas doenças e a ocorrência de algumas mudanças surge o crescimento de problemas sociais, nomeadamente, como gerenciar a saúde da população idosa, assim como a preocupação em proteger estes e sua permanência junto à família, destacando como exemplo a doença crónica degenerativa a DP.

A DP, por ser uma doença crónica, progressiva e neurodegenerativa cada dia vem se aumentando, preocupando tanto os profissionais de saúde como também o utente e os seus respetivos familiares.

Como salienta Trelha (2007, p.27), “A DP, também conhecida por PK ou ParalysisAgitans foi descrita pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson. Esta é uma afeção crónica, e progressiva do SNC.

E, na perspetiva de Manahas, Sands, Neighbors, Marek e Green (2007, p.996), a DP é conceituada como sendo “uma perturbação degenerativa crónica que afecta principalmente, os neurónios dos gânglios basais e, (...) actualmente, a segunda doença neuro degenerativa mais comum a seguir á doença de Alzheimer”.

Por sua vez, Vaz (2007,p.10) diz que a DP,

“ É uma doença neurológica que atinge principalmente o modo como a pessoa efectua os movimentos e a capacidade de se mover. Resulta da degeneração de um grupo de células de uma zona profunda do cérebro chamada de substância negra, e devido a este tipo de manifestação, inclui-se no grupo das denominadas doenças do movimento”.

Complementando Monteiro (2007, p. 6), refere que “esta patologia tem como consequência uma série de danos motores. Podem também ocorrer algumas manifestações

não motoras, tais como: comprometimento da memória, depressão, alterações do sono e distúrbios do sistema nervoso autônomo”.

Estes efeitos progressivos e graves provocam nos utentes muito sofrimento uma vez que não sabem lidar com essa situação, desencadeando aos membros da família, um grande desgaste, estresse e tensão, já que enfrentam essa situação com o utente.

Stokes (2006, p.230) ainda definiu a DP como sendo “uma doença degenerativa primária localizada na substância negra onde é sintetizada a dopamina” e “caracterizada clinicamente por tremor, rigidez e bradicinesia. Patologicamente, caracteriza-se pela perda de neurónios da substância negra e pela presença de inclusões intraneuronais cerebrais”.

Ainda, salienta Teive (2006, p.114) que, com a evolução dessa doença,

“Há comprometimento mental, associado ao distúrbio motor, gera incapacidade vascular cerebral grave. E, é um dos distúrbios de movimento mais encontrados na classe idosa, representando 70% dos pacientes seguidos em todo mundo”.

O que se pode evidenciar que, essa patologia afecta o próprio utente e toda a família envolvida, assim como aos profissionais de saúde, visto que mesmo com a prestação adequada de cuidados para minimizar as perdas da sua capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, esta patologia é irreversível.

Outro aspecto importante a ressaltar é que, ao falar da DP, não é a mesma coisa que Parkinsonismo esclarecendo Matias (2007, p. 16) que, “ o Parkinsonismo pode estar associado á outras doenças como a doença de Alzheimer, a doença de Huntington, a doença de Wilson e distúrbios metabólicos. A doença de Parkinson é a forma de Parkinsonismo mais frequente”.

Como explica Vaz (2011, p.36) acerca do Parkinsonismo,

“Os mesmos sintomas da doença de Parkinson podem surgir, mas originados por outras causas. A isto é que se chama parkinsonismo, cujas causas podem ir da tomada de alguns medicamentos (utilizados por exemplo para o tratamento de vertigens ou tonturas, de ansiedade ou depressão, da hipertensão ou de arritmia) até outras doenças degenerativas graves que atingem múltiplas áreas do sistema nervoso.”

Pereira (2003, p.63), refere que existem três tipos de parkinsonismos, sendo eles:

- O parkinsonismo primário divide-se ainda em: parkinsonismo juvenil (antes dos 21 anos), parkinsonismo de início precoce (entre 21 e 40 anos de idade), DP com

tremor predominante (DP benigna) e DP com instabilidade postural e distúrbios de marcha (DP maligna);

- Parkinsonismo secundário (Parkinson medicamentoso, arteriosclerótico, tóxico, pós-encefálico);
- Parkinsonismo atípico (atrofia dos múltiplos sistemas, paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal, demência dos corpos de Lewy).

Do ponto de vista Epidemiológico, Vaz (2007, p.11) refere que, a DP “comumente é diagnosticada por volta da sexta década de vida sem prevalência de etnia ou género e que 150 e 200 pessoas são acometidas para cada 100 mil habitantes. Sua distribuição é homogênea e sua prevalência aumenta com o avançar da idade”.

“A DP é aproximadamente duas vezes mais frequente nos homens, e as razões de tal afirmação, são ainda pouco claras e difíceis de justificar. A variação geográfica mais nítida é a diferença entre a prevalência encontrados na europa e na América do norte e os encontrados em África e na Ásia (China e Japão).”
(*ibidem*)

Netto (2002, p.141) considera a DP como sendo “cosmopolita, uma vez que a doença não apresenta distinção entre classes sociais, nem entre raças; acometendo homens e mulheres, principalmente, na faixa etária entre 55 a 65 anos, porém tende a ocorrer com maior nos homens”.

Como referido anteriormente, Cabo Verde ainda não possui estatística a nível da taxa de DP registados no Ministério de Saúde, todavia destaca-se o número de casos em São Vicente totalizando 78 casos, nota-se que a situação é preocupante, com um aumento significativo do ano de 2011 a 2014.

1.2 Etiologia/Patologia

Referindo Levy (2003, p.2133), “a hipótese que é consensualmente melhor aceite, atualmente, justificada por estudos realizados em um grande número de utentes, é de que a DP é uma doença multifatorial com determinantes genéticos, ambientais e relacionados com o envelhecimento”.

Sendo o autor Stokes (2006,p.132) também defende que “a etiologia da DP é pouco conhecida cientificamente, mas atualmente considera-se como fator etiológico mais

importante à chamada causa multifatorial, ou seja, a combinação de predisposição genética combinada à presença de fatores ambientais e a velhice”.

Mas, de uma forma mais complexa, Phipps, Sands and e Marek (2003, p.1487), defendem que,

“Adopamina e a acetilcolina excitatória são os principais neurotransmissores responsáveis pelo controlo e refinamento da mobilidade motora, e tem efeitos opostos. A alteração que se verifica no sistema extrapiramidal origina a perda de inibição dos movimentos voluntários e grosseiros, levando ao tremor, perda de tónus muscular, que por sua vez leva a rigidez, a alteração da postura que origina anomalia na marcha e no equilíbrio”.

Pode-se dizer que a razão pelo aparecimento da doença é quando se apercebem níveis anormais da dopamina, que é uma substância química importante no controlo dos movimentos defendendo os autores acima referidos que a “redução da dopamina no cérebro resulta da deterioração de células de um núcleo profundo do cérebro que cuja actividade normal resulta o controlo dos movimentos. (...) a causa exacta da perda de neurónios que provoca a redução do mediador é desconhecida” (*Ibid*, p.1489).

E, como salienta Yousifi, Moturi e Charva (2009, p.337),

“A doença de Parkinson decorre da destruição generalizada de células da parte de substância negra, que é a parte que envia fibras nervosas secretoras de dopamina para o núcleo, devido à essa perda progressiva de neurónios, que são os produtores de dopamina, há um desequilíbrio consequentemente dos neurotransmissores nos gânglios basais”.

Phipps *et al.* (2003,p.1489) concordam com a citação dos autores anteriores referindo que a “maior degeneração ocorre na via estriada negra no mesencéfalo, que esgota o neurotransmissor inibitório, denominada de dopamina, que normalmente é fornecido nos gânglios basais. A destruição dos neurónios dopaminérgicos, na substância negra, reduz a quantidade de dopamina estriada e disponível”.

Mas, numa outra abordagem, Carvalho (2011, p.17) afirma que,

“Estudos mostram que sua ocorrência pode estar relacionada a factores genéticos, quando sua manifestação se dá relativamente cedo, por volta da terceira ou quarta década de vida, e por fatores ambientais, como exposição a pesticidas e outras substâncias químicas. Tais informações podem sofrer algum nível de discordância, justificada pela insuficiência de dados neurológicos prévios ao diagnóstico médico”.

É de se referir que a DP possui alguns fatores de riscos externos, mas não de grande relevância quanto aos fatores como a idade e a genética, podendo concluir que uma

alimentação equilibrada, acompanhamento médico periodicamente, podem possibilitar ainda no início da doença, um melhor controlo e retardar o avanço da demência.

1.3. Manifestações clínicas da Doença de Parkinson

Assim como toda e qualquer doença, a DP apresenta sinais e sintomas que ajudam no diagnóstico correto da mesma, mas conforme Tieve (2006, p.132), “quando apresentam os primeiros sintomas da doença já se verifica um decréscimo de cerca de 70 a 80% dos neurónios dopaminérgicos existentes, que por sua vez é o dos principais constituintes dos núcleos da base”.

Vaz (2007, p.18), afirma que “a lentidão, a diminuição dos movimentos, que se tornam mais vagarosos podem traduzir-se nos primeiros sintomas, assim como a pressão de movimentos causados principalmente pelos músculos e articulação, tremores em repouso e também o desequilíbrio e alterações na marcha”.

Os autores Phipps *et al* (2003, p.1478) ressaltam que os sintomas mais característicos da DP são os seguintes, expostos abaixo:

Tremor - O mais identificável e o menos incapacitante, involuntário, e presente em 75% dos doentes, presente também em membros, maxilar, lábios e músculos faciais inferiores. Este é característico em repouso, com uma frequência de quatro a seis ciclos por minuto. Iniciando na mão e posteriormente podendo afectar também os lábios e os membros inferiores, mas durante o sono o tremor desaparece. No início o tremor é unilateral mas com avançar da doença pode afectar bilateralmente.

Rigidez - Músculos tornam-se rígidas, requerendo maior esforço para os movimentos, desconforto ou dor nos músculos, e quando a rigidez é grave a presença de contracções ritmadas, tipo cremalheira dos músculos. O que é causado pela resistência dos músculos em desencadear movimentos passivos, a causa disso é a chegada nos músculos de comandos alterados provenientes do cérebro por consequência da diminuição da dopamina.

Acinesia ou bradicinesia - A mobilidade ativa torna-se muito reduzida ou até mesmo ausente, dificuldade e iniciar o movimento, lentidão dos movimentos até por vezes a imobilização súbita. Também é conhecido como o empobrecimento e lentidão dos músculos. Aqui todos os músculos são afectados.

Instabilidade Postural - Alterações na marcha, tendência a andar inclinado para frente, tombos e quedas constantes, braços semifletidos, e a incapacidade em se reequilibrar, a postura torna-se instável, essa instabilidade só é visível no início nas mudanças bruscas de direcção durante a marcha e agravando posteriormente. Quando o doente é submetido ao stress, pressa ou muita fadiga a instabilidade corporal tende a piorar.

É de referir que tem-se dado muita atenção necessária a essa patologia, e tudo isso graças as grandes investigações realizadas pelos melhores neurologistas ao longo dos tempos em que muito tem-se feito para controlar esses sintomas da DP.

Por conseguinte, há as manifestações secundárias, referindo Manahas *et al.* (2007, p. 998), que “esses sintomas aparecem depois das primárias e, raramente alguns desses sintomas são notáveis antes do diagnóstico, e mesmo notáveis é quase impossível diagnosticar a DP através desses sintomas”. Esses autores ressaltam os seguintes:

Fala - Voz baixa, abafada, tremula, monocórdicas, dificuldade em começar a falar e em encontrar palavras, os distúrbios vocais mais comuns são a rouquidão e a suprosidade com redução da articulação das palavras e do gama tonal.

Visão - Visão desfocada, olhar ascendente, fecho involuntário e prolongado das pálpebras e pestanejo diminuído.

Função motora fina - Letras vai gradualmente diminuído de tamanho, e a destreza manual é diminuída.

Perturbações autónomas - Presença de obstipações, retenções, hipotensão, disfagia, babar-se, pele bastante oleosa, e sudorese.

Cognitivas e comportamentais - Depressão, fraca capacidade de reacção, défice de memória, de espaço visual, e demência em 50% dos casos.

1.4 Diagnóstico da Doença de Parkinson

Ao falar-se de diagnóstico, está-se a referir a acção de determinar e conhecer a origem de uma doença e isto consegue-se através dos sinais observados pelo médico e os sintomas retratados pelo utente/família, referindo Manahas, *et al.* (2007, p.1001) que “o diagnóstico da doença de Parkinson é feito clinicamente, a partir da história e dos sintomas

do utente. Não existe exames de diagnósticos conclusivos, podendo o diagnóstico ser confirmado principalmente pela resposta do utente a medicação”.

De acordo com “estudos e com os actuais critérios de diagnóstico, os utentes podem ser considerados portadores de DP quando têm bradicinesia juntamente com um dos seguintes sintomas: tremor, rigidez, ou instabilidade postural, sem outras causas conhecidas” (Vaz, 2007, p.8).

É de referir ainda que os médicos neurologistas consideram que o diagnóstico clínico da DP é bastante complicado já que o quadro clínico não se inicia sempre da mesma forma em todos os casos. Os sintomas iniciais da DP são bastantes inespecíficos e que podem incluir alguns sintomas primários.

Vaz (2007, p.19) ressalta que,

“Antes do diagnóstico do mesmo é necessário excluir outras patologias causadores de demência, como delirium, tumor, trauma, infeção, e também outras patologias intracranianas (ex. hidrocefalia de pressão normal, hemorragia, etc.) e doenças de carácter sistémicas como défice de vitamina B12, doença tiroideia e paratiroides e só assim, excluir alterações psiquiátricas (depressão e psicose)”.

Muitas vezes, alguns utentes ao serem diagnosticados a DP, reagem de forma negativa, o que traduz-se numa situação normal, por ser uma doença associada diretamente a velhice e incapacidade, mas no início da doença esta pode ser acompanhada por depressão, e ocultado dos amigos e da família.

É nesse contexto que os profissionais de saúde têm um papel primordial, sendo empático primeiramente e dando informações, esclarecendo dúvidas que surgem após o diagnóstico assim como inserir as famílias em todos os cuidados de forma a serem eles a presta-los.

Nessa situação a família, os amigos ou os próximos do utente são todos afectados com o diagnóstico dessa patologia, tornando necessário, nomeadamente para o utente e os familiares, acompanhamento psicológico e intervenção do enfermeiro de forma a capacitá-los na toma de melhores escolhas de vida para promover-lhes uma boa qualidade de vida.

1.5 Tratamento da DP/Abordagem Multidisciplinar

Antes de se iniciar o tratamento da DP, é necessário que se tenha certeza quanto ao diagnóstico. Nesse sentido, é importante fazer a distinção entre DP e síndrome parkinsoniana ou parkinsonismo (PA).

É verdade que a terapêutica medicamentosa (apêndice I) ajuda a controlar os sintomas da DP, e por ser uma doença degenerativa, que evolui (apêndice III), é de esperar que com o tempo haja uma perda da eficácia medicamentosa, o que faz necessário, consultas permanentes e posteriormente a readaptação de novos medicamentos.

O tratamento da DP deve ser multidisciplinar, incluindo a coordenação do tratamento farmacológico com o não farmacológico. É nesse contexto que o enfermeiro tem um papel importante na medida em que vai actuar de modo a que tanto o utente como os familiares aderem a esses tratamentos, transmitir-lhes informações e mostrar-lhes a importância de seguir todos os tratamentos prescritos.

Relativamente ao tratamento farmacológico, alguns são os efeitos colaterais desse, referenciando Phipps *et al* (2003,p.1491), “vómitos, náuseas, tonturas, queda de tensão e alucinações. Uma vez não tratada adequadamente pode progredir para a incapacidade total, e por vezes acompanhada de deterioração das funções. É aconselhável o controlo permanente num neurologista para o acompanhamento da evolução da doença”.

Logo, frente ao tratamento farmacológico é essencial que o enfermeiro tenha competências necessárias para capacitar o utente e a família nos cuidados que devem ter nesse tratamento, de forma a que a família seja independente ao prestar esses cuidados.

Referindo os autores Phipps, *et al* (2003,p.1493), Vaz (2007,p.31) e Manahas *et al*, (2007,p.1009), afirmam que é necessário que estes tenham conhecimento que “(...)as medicações devem ser ingeridas uma ou duas horas após as refeições (...)” e que sejam informados que “(...)os fármacos não curam a doença mas sim controlam os sintomas do mesmo”.

Um outro tratamento feito é o tratamento cirúrgico (apêndice II) defendendo Montero (2007, p.42) que,

“O tratamento cirúrgico para a DP destina-se aqueles pacientes que não se beneficiam ou que não mais toleram os medicamentos para tratá-los. (...), a

experiência mostra que, esta doença é um processo evolutivo, crónico e que ao longo dos anos perde a resposta favorável e eficaz às drogas”.

É importante realçar que “o tratamento da DP é médico, apenas quando o mesmo não gera efeitos desejados opta-se pela cirurgia, o mesmo não trava a progressão da patologia mas sim atua no controlo dos sintomas” (Vaz; 2007, p.43).

E ainda, na perspetiva do mesmo autor “só os utentes com pelo menos 5 anos de evolução da patologia, idade inferior a 70 anos e sem lesões no núcleo cerebral podem realizar a cirurgia” (*Ibidem*).

Nos tratamentos não farmacológicos pode-se destacar o fonoaudiólogo, a fisioterapeuta, nutricionista e Psicólogo.

Relativamente a fisioterapia, é importante pois actua na “redução acentuada dos sintomas, em que o exercício pode ser uma estratégia eficaz para atardar o declínio da função motora facto comprovado cientificamente por muitas evidências” Goodwin *et al* (2008, p.113).

O exercício físico é fundamental por diversos motivos, em que é capaz de quebrar o isolamento e obriga-nos a relacionar com as outras pessoas, para além de manter uma boa condição física em geral. Mas no tratamento da DP, este tem como objetivo melhorar o equilíbrio da pessoa quando este deambula e diminuir as limitações de mobilidade que a doença provoca, proporcionando uma melhor funcionalidade e logo uma melhoria da qualidade de vida.

Goodwin *et al*. (2008, p.114) defendem que, “neste contexto a fisioterapia intervém em seis áreas específicas e essenciais, sendo estas a postura, alcançar e agarrar, equilíbrio, marcha e capacidade física”. Estes podem ajudar nos problemas ergonómicos, na mobilidade entre outros.

Os exercícios visam à manutenção da musculação e flexibilidade do utente de forma a diminuir a rigidez retardando a atrofia dos músculos.

No tratamento de fonoaudiólogo tem por finalidade tratar de deficiências de escritas ou leitura, de fala, audição e voz, na DP “vai actuar especificamente e unicamente na voz, deglutição e articulação, minimizando a diminuição na intensidade da voz, articulação das palavras e nos distúrbios no ritmo” Teive (2006, p.61).

Este tratamento é essencial nos cuidados dos utentes portadores de DP, uma vez que segundo Vaz (2007, p.22) “a DP gera dificuldades para realização de certos movimentos com os lábios e a língua, que por sua vez vai comprometer a alimentação e a comunicação do utente”. Logo esse tratamento pode ser feito juntamente com o tratamento farmacológico na medida em que vai ser mais proveitoso para o utente.

Ainda, Vaz (2007, p.23), defende que “o tratamento engloba três abordagens: a comunicação, a mioterapia e as estruturas de voz, respiração e fala, com o objetivo de aumentar a intensidade do trabalho vocal e da respiração”.

E, no que concerne ao tratamento psicológico, esta é de muita importância, pois em todo e qualquer tipo de patologia há um desequilíbrio de sentimentos tanto no utente como na família, defendendo Goodwin *et al* (2008, p.121) que,

“Ao diagnóstico da DP é visível um forte abalo emocional tanto para o paciente assim como para os familiares. É um trauma para o utente que tem de adaptar para conviver com a doença tanto nos aspetos físicos como emocionalmente o que muitas vezes leva a depressão profunda na fase inicial da doença”.

É importante o apoio a família que cuida do utente, salientando Peternella e Marcon (2008, p.53) que “o apoio mental direccionado à família é fundamental para a superação do diagnóstico, uma vez que as reações perante o mesmo são muitas vezes complexas, caracterizados por revolta, depressão, tristeza, e as reações quase sempre são negativas”. Pois só assim o utente e a família conseguirão lidar com a situação, onde o utente encontrará apoio, evitando a depressão e consequentemente o isolamento.

No que tange a alimentação, conforme Manahas, *et al.* (2007, p.1007) “uma alimentação equilibrada e adequada na DP é indispensável para o bem-estar do utente, uma vez que isso pode ficar afetado com a lentidão dos músculos mais propriamente no manuseio dos talheres e consequentemente a negação a alimentação”.

Vários são as consequências que podem desencadear após o aparecimento e evolução da doença, defendendo Goodwin *et al.*, (2008, p.125) que “perda de peso, dificuldade na mastigação chega mesmo a desnutrição, necessitando de cuidados nutricionais específicos, prevenindo obstipações e excesso de proteínas”.

É indispensável o apoio do enfermeiro no acompanhamento e tratamento nutricional para além da nutricionista, uma vez que o mesmo tem um contacto directo e periódica tanto com a família assim como com o utente, ou seja na educação para saúde

direccionado aos familiares do utente no intuito de consciencializar a família e o utente a ter uma alimentação equilibrada e mais saudável para ambos.

Em suma uma equipa multidisciplinar da saúde deve atuar em conjunto de modo a ter um resultado muito mais amplo e positivo para o utente e a família, do que prestar cuidados individuais ou simplesmente cuidados médicos ou de enfermagem. Portanto torna-se indispensável a presença de uma equipa da saúde sendo psicólogo, nutricionista, enfermeiro, médico, fisioterapeuta para apoiar, ajudar e capacitar estas pessoas e transmitindo informações de forma a tomarem decisões adequadas, melhorando o bem-estar, o conforto e a relação dos mesmos.

Mas, primeiramente, compete aos enfermeiros ser empáticos, disponibilizando apoio sempre que necessário, e mostrando-os a importância da toma do medicamento sempre a horas, de fazer uma alimentação equilibrada, de fazer exercícios sempre que necessário e procurar ajuda psicológico pois tudo isto ajuda-os a desenvolver estratégias para sustentar a sua independência e a sua autonomia, promover o bem-estar de ambos e logo a melhorar a qualidade de vida.

2. A Família e o Utente portador de DP

O diagnóstico de qualquer doença torna-se motivo de stresse, logo nesse sentido é importante que tanto o utente como a família conheçam melhor essa doença e aceita-la, pois com isto, há uma maior adesão no tratamento, haverá mais apoio e cuidado por parte dos familiares, o que vai minimizar os problemas e prevenir complicações contribuindo assim uma boa qualidade de vida para os utentes.

Esse fato vai de encontro a citação de Montero (2007, p.110), ao dizer que “independente da composição familiar, cultura, raça e condição económica é indispensável que o doente saiba quem é sua família, saber que pode contar com o apoio dos membros tanto na prestação de cuidados como no apoio psicológico”.

Sendo que para Santos *et al* (2010, p.89), “a família é uma unidade primária de cuidados, em que a sua estrutura é de grande importância para o utente visto que garante a continuação da afectividade, minimizando o sofrimento que é causado pela doença”.

Portanto, a família que cuida (familiares próximos, vizinhos ou amigos), deve ser vista como responsável pela saúde de seus membros, necessitando por isto ser o centro dos

cuidados de forma a participar em todo o processo de cuidar do seu membro. Isto é relevante, pois na maioria das vezes elas apresentam necessidades e expectativas e não recebem nenhum suporte dos profissionais da saúde, que acabam por focalizar apenas o doente e esquecem das pessoas ao seu redor.

Logo, os profissionais de saúde têm como objectivo, ajudar na promoção e assistência a esses utentes e familiares que cuidam dos mesmos, uma vez que encontram-se incapacitados parcialmente ou totalmente, pois devido a essa patologia tornam-se vulneráveis e impossibilitados de realizarem suas actividades diárias e algumas das suas funções básicas.

Santos (2005, p.122) defende que a “estrutura básica da sociedade é a família, onde os seus papéis devem estar bem delimitados, mas bem relacionados, uma vez que o seu funcionamento depende do desempenho dos papéis”.

É de realçar ainda que, é na família que “os membros se interagem ou sejam, apoiam-se uns aos outros e solucionam problemas, e deve ser visto como um grupo dinâmico, modificando-se com a cultura, economia, história e a sociedade que a mesma esta inserida” (Stokes, 2006, p.324).

Ainda se pode dizer que, frente às dificuldades experienciadas e na presença de uma DC no meio familiar, esta pode manter a unidade entre seus membros, tornar os laços afectivos mais fortes entre eles e desenvolver novas prioridades em suas vidas ou também simplesmente entrar em conflitos e não conseguir resolver as situações que vão vivenciando no quotidiano, frente a essa doença. Em que muitas vezes a pessoa doente fica em estado de abandono, acabando por não ter os cuidados necessários pela família.

No que concerne a DP, Manahas, *et al* (2007,p.1006) afirmam que ela é:

“Tratada essencialmente no domicílio, sendo o papel do enfermeiro preparar com eficácia o doente e a família para os desafios do autocuidados, uma vez que precisam ter um conhecimento profundo do processo patológico, das estratégias adequadas de autocuidados e dos sinais indicadores de insuficiência ou de toxicidade medicamentosa”.

Todas as ações feitas pelo enfermeiro têm por finalidade manter o utente mais autónomo possível em face do declínio funcional progressivo e capacitar os cuidadores, que nesse caso são os familiares. São necessários ensinamentos, apoio e encorajamento tanto para o utente como para a família no decorrer da doença, no sentido de melhorar o bem-estar destes.

É a família que vivencia todas as mudanças e sentimentos originados pela presença de uma DC, e referindo a DP, estas dificuldades são ainda acrescidas, pois para além de ser crónica, trata-se de uma doença neuro-degenerativa e progressiva, que afecta o físico, o mental e o social do indivíduo, surgindo dependências e necessidades vivenciadas também pela família.

E, quando se depara com estas dificuldades, percebe-se uma busca de forças e uma luta constante na família ou no utente, em que vão ter que aceitar a nova situação. E, nessa perspetiva, cabe aos profissionais de saúde tentar amenizar o impacto da doença para o utente e a família, por meio de um bom relacionamento terapêutico, tendo sempre respeito pela dignidade humana dos mesmos. Além disso, durante o tratamento, o enfermeiro procura dar suporte técnico de reabilitação, cuidados adequados, apoio psicossocial de modo a que o utente e a família tenham melhores condições para lidar com a doença.

É essencial que os utentes sejam mantidos num ambiente familiar, com cuidados estruturados e integrados. E, para isso, os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, tem de orientar este e a família, realizando intervenções que são avaliadas e adequadas para esse processo. É importante ressaltar que essas intervenções têm de estar adaptadas de acordo com as novas necessidades do indivíduo.

Mesmo não evidenciando acções específicas direccionadas á atenção aos utentes com DP, esta categoria, traz algumas ações importantes que potencializam os familiares para os cuidados direccionados aos mesmos. A participação da família durante o tratamento e evolução da DP de um familiar, é visto como fundamental, tanto pelo profissional de saúde quanto pelo próprio utente.

Pois a família tem de estar em parceria com os profissionais de saúde no tocante aos cuidados uma vez que esta age como recurso fundamental na promoção da qualidade de vida dos seus membros.

Segundo Vaz (2007,p.38),

“O utente portador da doença de Parkinson vê-se confrontado diariamente com uma série de outros desafios relacionados com a doença. As directrizes gerais do ensino encontram-se resumidas na caixa de ensino ao utente/ á família. O utente e a família necessitam de apoio e encorajamento constantes, pois a sobrecarga inerente á prestação de cuidados é enorme, e não pára de aumentar a medida que o quadro clinico do utente se agrava”.

Pois, sendo uma DC, tende a longo ou ao curto prazo causar algumas implicações no ambiente familiar, como as mudanças de rotina que os mesmos sofrem conforme o avanço dos sintomas, devido a dependência do utente. Quando isto acontece, é necessário que a família cuidadora disponibiliza mais tempo para cuidar do membro doente, logo uma estagnação profissional do cuidador, uma vez que já não vai dispor do tempo necessário para dedicar-se a si e posteriormente um défice a nível económico.

3. Cuidados de enfermagem

Antes de explicar quais os cuidados direccionados a pessoa portadora de DP e posteriormente à família, é importante ressaltar o que é a enfermagem e o que são cuidados de enfermagem. Defendendo Florence Nightingale *apud* (Black e Jacobs; 2004, p.7) que a enfermagem é “colocar o doente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele”.

Carvalho, (2011,p.25) afirma que:

“A Enfermagem é sensível a educação de valores, na medida em que procura conhecimentos que se identificam com normas e se aplicam no exercício das competências profissionais, promovendo, o espírito de cuidar do homem doente e de saber e escutar.

Ela engloba todos os cuidados sejam eles autónomos ou interdependentes, que os enfermeiros prestam ao indivíduo, família, grupo ou comunidade, de modo a promover o bem-estar, manter ou recuperar a sua dignidade e totalidade humana.

Potter e Perry (2006, p.120) defendem que,

“É a arte de cuidar, é a ciência cuja essência e especificidade é a assistência/cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa de actividades de promoção, protecção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, tendo todo embasamento científico para tal”.

Para Berger e Mailloux (2004, p.11),

“Enfermagem é qualquer ato que tenha por objeto avaliar e identificar as necessidades de saúde do ser humano, e que contribui para o diagnóstico, prestar e avaliar os cuidados de enfermagem na prevenção da doença, o tratamento e a readaptação, assim como prestar cuidados segundo uma prescrição médica”.

Potter e Perry, (2006, p. 154) afirmam que “os cuidados de enfermagem para o cliente com DP incluem avaliação de saúde, instrução sobre a medicação e monitorização,

ser um elo de ligação com outros membros da equipe de saúde, bem como a educação do utente e da família”.

3.1 Cuidados de enfermagem prestados à família ao utente com DP

As DC's afetam profundamente o utente, que por sua vez vai afetar a família, uma vez que vai necessitar de se adaptar as necessidades do utente, ou seja há uma perda do equilíbrio dinâmico que tem de ser revertido.

As adaptações e mudanças que serão realizadas pela família dependem das condições e recursos que a mesma possui e as que são fornecidos pelos profissionais da saúde. Sendo assim Santos *et al* (2010, p.89) referem que existe três tipos de reações familiares frente ao diagnóstico de DC, dizendo que,

“Na primeira reação a família tenta resgatar automaticamente o seu estado anterior e voltar ao estado normal de modo a dar o apoio necessário ao doente, na segunda reação é a paralisação da família perante o diagnóstico da patologia, e por último identificam algum benefício com o problema e tendem a mante-lo, mas sendo muito prejudicial ao doente”.

Black e Jacobs (2004, p.615) afirmam que referente as áreas que necessitam de todo o cuidado e posteriormente nas intervenções por parte de uma equipa multidisciplinar da saúde “é no alívio da ansiedade, dar informações e apoio acerca da patologia, ajudar na incapacidade de se adaptar as novas mudanças, aliviar a rigidez no desempenho dos papéis, e intervir na dificuldade muitas vezes de dar e receber ajuda”.

Referem ainda que,

“Principalmente nas doenças de Alzheimer e Parkinson o abalo é muito maior, uma vez que são doenças que se progridem lentamente e levam a dependência total ou parcial do utente, onde o grau de incapacitação vai determinar o grau de stress no seio familiar, e torna-se mais complicado se o doente desempenhava um papel de grande relevância na família, ex. mãe ou pai” (*ibidem*).

Logo, é importante que o enfermeiro ajude no apoio físico, psicológico e social de forma a que a família e o utente consigam lidar com os agentes estressores que vão surgindo a medida que a doença se evolui.

Primeiramente, para uma melhor avaliação e prestação de cuidados aos utentes portadores da DP é necessário fazer uma avaliação das suas capacidades funcionais afetados, sendo indispensável fazer uma anamnese e uma avaliação física.

A colheita dos dados deve ser muito precisa, e assim a obtenção de dados mais chegados a realidade de forma que as intervenções tenham o efeito desejado ou seja se traduzem na melhoria da qualidade, condição e autonomia do utente em causa.

Para Lowdermilk, Perry, e Bobak. (2002, p.654), a anamnese “ é um processo que vai revisar a história clínica pessoal do doente, recolha de toda e qualquer informação acerca do mesmo visando a atuação do enfermeiro nas áreas afetadas, sendo avaliado o histórico social, cultural e hábitos (tabaco, álcool, drogas, etc.).”

O exame físico é importante em qualquer avaliação do utente portador de qualquer patologia mas em relação as patologias que afetam o movimento, o enfermeiro deve estar atendo a postura corporal, na marcha, na fala, e assim acompanhar a progressão da doença.

Relativamente a DP, Bottino (2005, p.221) afirma que “é uma doença que afeta principalmente a coordenação dos movimentos torna-se indispensável um exame físico minucioso para complementar o diagnóstico da doença, e extrema atenção em todo e qualquer défice na capacidade motora do utente”.

Lowdermilk, *et al* (2002, p.663), acrescentam ainda que o exame físico é de “uma extrema importância no diagnóstico médica, uma vez que o exame físico feito corretamente tende a revelar alterações anatómicas ou anomalias corporais, que passam despercebidos ao olhar clínico simplesmente”.

Logo faz-se necessário que o enfermeiro tenha conhecimento do grau em que o utente se encontra afetado, para poder fornecer cuidados de forma sistematizados e centralizados, maximizando assim o nível e a qualidade dos cuidados prestados, o que traduz-se numa melhoria do bem-estar e na satisfação das necessidades do utente.

3.2 Necessidades humanas fundamentais (NHF)

Um ser humano, esteja ele doente ou saudável, é considerado como um ser holístico, e deve satisfazer todas as suas NHF's, isto é satisfazer todas as suas necessidades fisiológicas e psicológicas. E quando não consegue satisfaze-las na íntegra, a pessoa não se encontra inteiro ou independente.

Na situação de doença, é o enfermeiro que tem que ajudar o utente nos cuidados para recuperar ou manter a sua independência, tendo sempre respeito pela sua dignidade humana, ou capacitar a família cuidadora para ajudar no mesmo.

Neste aspecto achou-se pertinente trazer a teoria de Virgínea Henderson, que faz a abordagem das 14 NHF's, uma vez que são importantes pois o ser humano tem de funcionar no seu todo, e quando uma dessas necessidades encontra-se comprometida por alguma razão, há uma redução na sua qualidade de vida e consequentemente uma baixa auto-estima, sendo indispensável reverter a situação através de técnicas próprias da enfermagem.

Tomey e Alligood, (2004, p.212) afirmam que Henderson definiu enfermagem com sendo,

“A única função da enfermeira é assistir o indivíduo doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários”.

Henderson identificou 14 NHF sendo elas os seguintes: Respirar normalmente; Comer e beber adequadamente; Eliminar os resíduos corporais; Movimentar-se e manter a postura correta; Dormir e repousar; Vestir e despir-se; Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais; Evitar perigos; Comunicar; Prestar culto de acordo com a sua doutrina; Trabalha, e de forma se sentir satisfeito; Divertir-se e Aprender.

Por conseguinte, dessas necessidades, foram enumeradas os possíveis diagnósticos e as intervenções de enfermagem para a família e o utente portador de DP.

4. Diagnósticos de enfermagem

Carpenito (2002, p. 33) definiu o diagnóstico de enfermagem como sendo,

“uma afirmação clínico das respostas de todos os indivíduos aos problemas que os afetam tanto físico como psicológico. O mesmo disponibiliza um leque das intervenções de enfermagem.

Seguindo o livro de diagnóstico de enfermagem NANDA dos autores Fialho e Coelho (2008, p 23-87), apresenta-se os seguintes:

Quadro II

Diagnóstico de enfermagem	Fator Relacionado	Características definidoras
Desempenho de papel alterado	Dificuldades cognitivo-preceptivas	Mudança na capacidade física para reassumir o papel.
Mobilidade física comprometida	Rigidez muscular e fraqueza motora	Amplitude limitada de movimento, força, controle ou massa muscular diminuídas;
Nutrição alterada, ingestão menor que as necessidades corporais;	Lentidão na alimentação,	Dificuldade na mastigação e deglutição
Eliminação urinária e fecal alterada	O resultado da doença ou ação de alguns medicamentos e sensibilidade motora prejudicada	Frequência da eliminação urinária aumentada ou diminuída; incontinência; Nictúria; Retenção
Potencial para trauma	Presença de fatores de risco	Fraqueza, Diminuição de acuidade visual,
Proteção alterada	Toma de medicamentos	Alteração neuro-sensorial
Comunicação verbal prejudicada	Alteração na auto-estima e no autoconceito, Condições físicas, alterações anatômicas, alteração do	Dificuldade de verbalizar ou falar expressa por afonia, disfonia, distúrbio de ritmo, disartria;

	sistema nervoso central, alterações neuromusculares	
Interação social prejudicada	Limitação de mobilidade motora	Disfunção interativa com seu grupo etário, família e/ou outros.
Défice no auto cuidado Higiene corporal	Enfraquecimento neuromuscular; resistência diminuída; Depressão.	Inabilidade para lavar o corpo ou partes do corpo;
Processo familiar alterado	Situação de transição ou crise	Incapacidade da família para adapta-se as mudanças ou para lidar com experiencias traumáticas;

Fonte: elaboração própria

5. Intervenções de enfermagem à Família e ao utente portador da DP

Para melhor definir quais as possíveis intervenções realizadas a esses utentes achou-se pertinente as referidas na NIC (Classificações das Intervenções de Enfermagem).

Com a finalidade de melhorar o nível e a qualidade de vida do utente com DP e da família cuidadora torna-se indispensável a atuação dos profissionais da saúde e com mais relevo para a classe de enfermagem, sendo isso feito através de várias intervenções com o objetivo de melhorar a capacidade física e psíquica e o relacionamento do utente e da família, de entre os quais desatacam-se:

- Encorajar ao apoio, ajuda psicológica e emocional a pessoa /família;
- Promover a atividade física e da mobilidade articular / muscular;
- Monitorar a necessidade do paciente de recursos de adaptação para higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se, fazer higiene íntima e alimentar-se;
- Promover e orientar a uma alimentação equilibrada, não podendo passar longos períodos sem alimentar-se;

- Promover períodos de repouso intercalado, fazendo menos ruídos possível e promover o conforto durante o sono Promover posicionamento correto no leito e alternância de decúbito (leito firme, evitar o uso de almofadas a nível da cabeça para evitar a flexão da coluna cervical);
- Informar /instruir /treinar sobre cuidados com a eliminação intestinais (obstipação), e urinários;
- Assegurar a segurança do utente, tendo atenção aos pisos escorregadios, altura e segurança do leito, etc.
- Fazer o ensino como tomar a medicação prescrita;
- Orientar ao treino das cordas vocais e/ou tendo atenção com a progressão do défice do sistema nervoso central;
- Facilitar apoio a família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido pelo paciente, promovendo uma possível reintegração social;

Sousa (2005, p.87) realça que é importante “os cuidados de enfermagem no bem-estar físico, mental e social do utente, e que estes cuidados também traduzem-se num conjunto de valores, ações, procedimentos com o objetivo de transmitir e proporcionar uma sensação de bem-estar ao utente”.

Ainda Henson (2005, p.29) complementa dizendo que “os cuidados de enfermagem têm como componente principal que é a humanização, relevando também a autonomia no exercício da profissão e da liberdade, defendendo sempre um bem-estar, uma vida saudável a pessoa humana”.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

6. Metodologia do estudo

O presente capítulo é de suma importância e objetiva apresentar o delineamento do estudo em que se referencia a sua natureza, onde foi realizado, os critérios utilizados para a seleção dos utentes, quais foram os instrumentos para a recolha de dados e a condução do estudo, as análises e os resultados, sem deixar de mencionar os aspetos éticos.

Para a resolução de alguns problemas, assim como para o entendimento de alguns fenómenos naturais, torna-se indispensável recorrer a investigação científica para ir ao encontro do resultado.

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado com seis utentes portadores de DP e as famílias cuidadoras, feito na ilha de São Vicente e de São Nicolau.

É qualitativo, porque no geral permitiu compreender de forma qualitativa qual é o conhecimento que as famílias e os utentes possuem da DP, as mudanças obtidas após o diagnóstico e os cuidados que a família cuidadora presta em casa, através dos seus discursos. Através destes, permitiu responder a questões muito importantes relativamente a forma como a família compreende a doença do seu ente-querido.

É descritivo na medida em que foram expostas as características dos utentes e famílias em estudo, através da realização da entrevista .

6.2 Coleta de dados

Os dados deste estudo foram obtidos através de uma entrevista com perguntas semiestruturada realizada ao utente e ao familiar, mediante prévia construção de um guião (Apêndice II e III). A coleta de dados foi realizada no período de Março a Abril de 2015 após terem assinado o consentimento informado (Apêndice I).

Após terem concordado em participar no estudo e assinado o consentimento informado, procedeu-se a identificação e caracterização tanto dos utentes como das famílias e posteriormente, a aplicação da entrevista em que o tempo máximo para a entrevista foi de 80 minutos: nos utentes, a entrevista foi preenchido por 40 minutos, e nos familiares os mesmos 40 minutos.

Para a realização da coleta de dados na entrevista feita aos utentes, e visando organização metodológica, foi dividido em três partes: na primeira parte buscou-se identificar e caracterizar os utentes portadores de DP, a segunda parte procedeu-se a recolha de dados e a terceira parte o tratamento de dados.

Inicialmente o utente e os familiares, foram informados sobre a estudo e convidados a lerem o Termo de Consentimento e decidirem livremente se participassem ou não no referido estudo.

O local escolhido foi em casa dos utentes a entrevistar, por considerar que existem itens importantes para conduzir a entrevista, destacando, ser um lugar silencioso e confortável, que permitisse privacidade e com o mínimo de fatores que pudessem interferir nas entrevistas. As entrevistas foram conduzidas pelo investigador. Foi permitido fazer uma observação participante com intuito de provar o conteúdo da entrevista, e vivenciar junto do utente os cuidados prestados e as suas dificuldades do dia-a-dia.

As entrevistas foram gravadas com gravador e posteriormente transcritas na íntegra, de modo a manter a originalidade dos discursos, sendo as perguntas feitas em português e respondidas em crioulo.

É de referir que além de entrevista optou-se também pela observação participante, realizado durante uma semana nos utentes que vivem na ilha de SV e 23 dias na ilha de SN (o investigador conhece as famílias em estudo nessa ilha tendo um relacionamento muito próximo).

Foi elaborado uma grelha de observação (Apêndice 1) com alguns aspectos importantes relacionados ao estilo de vida, aos cuidados/mudanças observadas durante os encontros com os utentes/famílias.

6.3 Caraterísticas dos Sujeitos

As entrevistas foram realizadas a seis utentes portadores de DP e seus respetivos familiares (agregado familiar) em que três habitam na ilha de São Nicolau e três na ilha de São Vicente. Desses utentes entrevistados, dois eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino com idade compreendida entre os 58 e 79 anos. A nível da dependência por causa do avanço da doença apenas dois dos entrevistados apresentam um grau de dependência moderada em que são os familiares que ajudam nas tarefas do dia-a-dia, como

caminhar, levar o talher a boca entre outros. Os restantes, embora apresentam o tremor em repouso e alguma dificuldade na marcha, são mais autónomos. Ambos concordaram com a realização e participação na pesquisa e assinaram o termo de consentimento informado.

Os entrevistados moram com as respetivas famílias, com uma média de 6 membros para cada família entrevistada, é de realçar que dois dos seis utentes, ambos vivendo na ilha de SN permanecem ativo nas suas vidas profissionais.

A escolha deste tipo de doença foi pelo fato da elevada taxa da doença e, estar a afetar gravemente as pessoas incluindo os familiares a medida que evolui.

Os critérios estabelecidos para que os utentes e as famílias do utente participassem do estudo foram os seguintes:

- Ter o diagnóstico de DP comprovado;
- Ter vínculo parental e que vivem no mesmo habitat;
- Apresentar possibilidades de comunicação e transmitir informações adequadas;
- Aceitar em participar no estudo e assinar o termo de consentimento informado.

6.4 Questões éticas do estudo

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com regras “com base nas normas e diretrizes estabelecidas pela Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza a pesquisa em seres humanos, respeitando os princípios bioéticos norteadores da pesquisa: beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e precaução contra danos” (Quivy *et al.*1988, p.34).

A principal característica que foi levado em conta foi o respeito pelo utente e seus respetivos familiares, garantindo que a sua participação era voluntária. Depois teve em conta a privacidade assim como o respeito pelas suas identidades, pois não se revelou as suas identidades nem dados pessoais.

Quanto ao Consentimento, procurou-se esclarecer todas as questões obrigatórias com uma linguagem clara e totalmente acessível sobre as questões colocadas para a obtenção dos dados do estudo, como também da liberdade do utente/ familiar de desistir em qualquer altura do estudo se assim o desejar.

CAPÍTULO III- ANÁLISE DOS DADOS

7. Análise e tratamento dos dados

O método de entrevista destaca-se por causa da possibilidade do contacto direto entre o pesquisador e o entrevistado, sendo este um método que está associado sempre à análise de conteúdo.

Esta fase foi dividida em três etapas, sendo o primeiro a caracterização dos utentes e das famílias, numa segunda etapa, a análise dos dados da entrevista que por sua vez divide-se em três categorias e por último apresentam os resultados onde faz-se uma breve comparação dos cuidados prestados entre os entrevistados da ilha de SN e da ilha de SV.

Seguindo um guião de entrevista previamente elaborado, com perguntas semiestruturadas, compostas por 15 perguntas aos utentes portadores da DP e 12 aos familiares, sendo o conteúdo analisado.

Devido a questão de anonimato dos entrevistados foram atribuídos nomes fictícios aos mesmos de modo a salvaguardar a sua identidade e para melhor entendimento da análise foi elaborado o seguinte quadro de identificação:

7.1 Caracterização dos utentes/família

Quadro III

Utente	Identificação	Idade	Sexo	Profissão	Ilha	Anos com DP
A	Verde	62	M	Aposentado	SN	4
B	Amarelo	75	M	Agricultor	SN	6
C	Azul	58	F	Domestica	SV	2
D	Vermelho	68	F	Aposentada	SN	2
E	Preto	73	M	Marinheiro aposentado	SV	7
F	Branco	79	F	Domestica	SV	6

Fonte: Elaboração próprio

Respetivos familiares

Quadro IV

Familiar	Identificação	Idade	Sexo	Profissão	Ilha
A	Verde	32	F	Professora	SN
B	Amarelo	29	F	Domestica	SN
C	Azul	42	M	Mecânico	SV
D	Vermelho	25	F	Balconista	SN
E	Preto	36	M	Engenheira	SV
F	Branco	27	F	Professora	SV

Fonte: Elaboração próprio

Para a análise dos dados das entrevistas foram divididas em três categorias:

- Na primeira categoria: Os sentimentos e as mudanças da vida do utente com o surgimento da patologia;
- Na segunda categoria: O grau de conhecimento e a opinião dos mesmos em relação aos cuidados de enfermagem;
- Na terceira e última categoria: A vivência e os cuidados prestados dentro do meio familiar.

7.2 Categoria I

Tendo em conta que quando se depara com um DC, a vida do utente e de todos os que o rodeia mudam, desencadeando sentimentos de culpa, de raiva, entre outros, achou-se pertinente perguntar ao utente como reagiu ao diagnóstico da doença, sendo as respostas obtidas, não ser um sentimento fácil, caracterizado pelo medo, ansiedade, e de revolta, em que as respostas dos utentes foram os seguintes:

Verde diz ser “ *um sentimento horrível, porque tenho medo de doenças, e para piorar soube que era para toda a vida*”.

Preto refere que “*senti-me indiferente perante o diagnóstico da doença*”.

Realçando a importância de uma equipa multidisciplinar da saúde no antes e pós diagnóstico, na medida em que são estes que esclareçam todas as dúvidas do mesmo, orientando-o, e transmitindo todo o conhecimento necessário sobre a patologia em causa, o

que possibilita uma melhor aceitação por parte do utente assim como pela família ao diagnóstico da doença.

A DP, por ser uma doença neurodegenerativa, com a sua progressão, causa transformações na vida do portador e dos familiares que cuida do mesmo. Neste sentido foi questionado aos utentes quais foram as mudanças que ocorreram nas suas vidas após o diagnóstico da doença, e, analisando as respostas note-se que ainda não houve grandes mudanças no dia-a-dia do utente, isso devido a um grau de avanço intermédio ou inicial da patologia, confirmando-se a veracidade das respostas com a observação feita, respondendo:

Amarelo - *“até ao momento a patologia não causou mudanças significativas, apenas uma mais atenção por parte dos familiares e dificuldades na realização de algumas tarefas diárias”*.

O Azul- *“ não, não mudou nada, até o momento ”*.

Confirmando que no início não causa muitas mudanças na vida ativa do utente e da família, mas com o avançar dos anos e com o aumento dos sintomas, tornam-se dependentes da família cuidadora o que irá causar mudanças futuras na vida do utente e da família. Pode considerar que o período ativo do utente portador da DP é condicionado pelo avanço dos sintomas.

Tendo a patologia causado algumas mudanças na vida do utente, o mesmo acontecerá com a família cuidadora, principalmente quando há casos em que é o utente quem trabalha para sustentar a casa, e devido a doença e com o avanço dos sintomas há o abandono ou mesmo despedimentos do trabalho. Nessa perspetiva perguntou aos familiares se mudou a qualidade de vida da família após o diagnóstico, e responderam o seguinte:

Os familiares do preto - *“mudou a qualidade de vida da família sim (...)”*, mas ao mesmo tempo não sabem identificar o que mudou e porque mudou.

Em exceção, está a família do Vermelho que já era aposentado antes do diagnóstico da patologia, apenas mudando a rotina da família em poucos aspetos.

Uma vez que com o avanço da doença, o utente tende a debilitar o seu estado físico, sendo necessário algumas adaptações ao domicílio, questionados sobre o assunto, os familiares entrevistados responderam quase de forma unânime:

Família Azul – *“não foi feita nenhuma alteração na casa, por falta de condições financeiras”*.

Em exceção dos familiares do Vermelho, dizem que *“em breve serão retirados vários degraus de acesso a casa, bem como adaptação do banheiro, mas que ainda não começamos as obras”*.

Da observação feita nota-se de fato que nas habitações dos utentes é necessário fazer algumas mudanças principalmente na casa de banho, nos degraus de acesso e interior da habitação e no quarto do utente, nomeadamente no tamanho da cama, cadeiras, e principalmente no piso antiderrapante e iluminação, que não estão adequados para o utente portador da DP.

Uma vez que com a evolução da doença e o aumento dos sintomas, o utente tornar-se menos ativo, achou-se pertinente perguntar ao utente se ainda se sente ativo e autónomo na realização das tarefas diárias e as respostas obtidas foram os seguintes:

Amarelo afirma que *“sinto-me ativo sim, com alguma dificuldade na realização de algumas tarefas, mas estou a aprender a viver assim”*.

Branco- *“sim, sinto-me ativo, faço todos os meus afazeres do dia-a-dia”*

Com as respostas dos utentes, apercebeu-se que sentem-se ativo mas com dificuldades nalgumas tarefas, o que torna-os dependentes para a realização de tarefas simples do dia-a-dia, podendo dizer que o avanço da doença diminui as capacidades do utente em sentir-se dependente e autónomo, tornando-se importante o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar.

Sendo a família fundamental na superação e recuperação de um membro, questionamos ao utente como se sente na presença da família, com o objetivo de reafirmar e demonstrar o grande papel que a família desempenha nesse sentido, responderam o seguinte:

Verde - *“Sinto-me mais forte, seguro, protegido, de forma que a doença não me abala psicologicamente”*.

Azul - *“junto da minha família, sinto-me bem, alegre, bem cuidado”*.

Isso reafirma a importância da família para o bem-estar do utente nas situações de doenças, sentindo-se protegidos e cuidados, fortalecendo a auto-estima do utente e logo um bem-estar físico, psicológica e social.

É de realçar que pela observação feita, os familiares dos utentes prestam os cuidados conforme os recursos que têm e de forma a promover o conforto e bem-estar ao utente, e que sintam-se o mais autónomo possível, com um grande apoio moral, e isso é indispensável passa uma melhoria considerável a nível psicológico do utente com DP.

Sendo a família a base da sociedade, daí a grande importância que possui não só no indivíduo doente que necessita de cuidados, mas também nos indivíduos saudáveis, uma vez que é nela que adquirimos valores, crenças, hábitos, entre outros.

Em suma, constata-se que das respostas dos utentes e das famílias, a DP ainda não causou grandes mudanças tanto a nível do utente como a dos familiares, mas que com avanço dos sintomas, vai causar mudanças, afetando ainda mais o utente e os membros da família.

7.3 Categoria II

Nesta categoria o objetivo era saber se os entrevistados possuem conhecimentos acerca da patologia, e a opinião dos mesmos sobre a atuação da classe de enfermagem.

Pois, é extremamente importante que o utente e a família estejam a par de toda informação sobre a patologia, de modo a desenvolver estratégias para lidar com a situação. Neste sentido questionou aos utentes quais os conhecimentos que têm sobre a patologia obtendo as seguintes respostas:

Preto - *“a doença não tem cura, e cada dia que passa vai piorando, o meu médico disse-me também que o medicamento não cura a doença apenas diminui os sintomas”*.

Vermelho – *“quando foi feito o diagnóstico o médico disse-me que era uma doença controlável, mas que não tem cura, e tinha de tomar remédios para sempre (...)”*.

Onde foi possível constatar que a patologia ainda é muito desconhecida pelos utentes, não sabendo que com o avanço dos sintomas, tendem a debilitar o seu estado físico e a tornarem menos autónomos e mais dependentes do cuidador.

Achou-se pertinente saber também qual era conhecimento da patologia que os familiares do utente possui, sendo de uma forma geral os familiares responderam que apenas sabem que é uma DC, e não tem cura, e sendo os mesmos adquiridos com os médicos e enfermeiros onde se pode ver no relato do familiar a seguir:

Familiar de Preto – “ *sabemos que é uma doença que não tem cura, é para toda a vida, quem nos disse foi o médico e os enfermeiros*”.

É notável que o vago conhecimento foi adquirido com o médico que diagnosticou a patologia, tendo na hora do diagnóstico fornecido pouco conhecimento, o que pode causar várias dúvidas tanto ao utente como aos familiares. E o pouco conhecimento que possuem é muito vago, resumindo apenas que sabem que é uma DC e não tem cura. Sendo extremamente importante dar todo o conhecimento, apoio e ajuda não só ao utente, mas também a família para uma melhor aceitação e saber lidar com as situações de dependência e da redução de autonomia.

Ainda questionou se aos familiares têm conhecimento dos medicamentos que o utente toma e quais são esses medicamentos, e foi notável a falta de conhecimento e controlo no que diz respeito ao tratamento farmacológico, onde obteve-se as seguintes respostas:

Família do Branco - “*só sabemos que lhe foi prescrito os medicamentos, e compramos na farmácia, mas não sabemos o nome e nem controlamos se são tomados as horas certas (...) alguns dos medicamentos são para o controlo da TA e da diabetes.*”

Enquanto que os familiares do Verde responderam que - “*somos nós que administramos os medicamentos, seguindo os horários prescritos pelo médico (...)*”, mas em relação a que medicamentos, apenas a família do azul indicou - “*a levodopa e amantadina*”.

Achou-se extremamente importante saber quais os cuidados de enfermagem prestados no domicílio pelos enfermeiros, questionando os utentes entrevistados sobre o mesmo e responderam da seguinte forma:

Verde - “*quando fui hospitalizado, foram muitos cuidados prestados, mas no domicílio, foi apenas alguns conselhos, medir a tensão arterial (TA) e glicemia capilar. E não vêem aqui em casa com frequência*”.

O Branco respondeu que - *“avaliaram-me a TA, e feito curativo em duas feridas na perna esquerda”*.

Preto por sua vez diz que - *“em casa foi avaliada a TA, foi ensinado como tomar alguns medicamentos e alguns esclarecimentos básicos da doença”*.

Observou-se a necessidade de uma atuação com mais ênfase na educação para saúde, explicando ao utente e aos familiares em todas as vertentes da patologia, as limitações futuras, a dependência entre outros, causados pelo avanço dos sintomas.

É importante a atuação da classe de enfermagem na melhoria da situação clínica do utente, mas nota-se pelas respostas dos entrevistados que os cuidados prestados são insuficientes para atingir o objetivo necessário que são melhorar o conforto, o bem-estar e o relacionamento entre o utente e a família.

Um dos principais objetivos da enfermagem é melhorar o estado físico e mental do utente, prestar cuidados humanizados e centrados no utente e ser merecedor da satisfação do utente, mas o estado atual dos utentes está muito aquém do desejado.

Também nesse sentido foi questionado aos familiares como é que esses profissionais da saúde ajudaram a família em relação a patologia, se houve alguma ajuda por parte dos enfermeiros e se essa ajuda foi essencial para melhorar a qualidade de vida dos mesmos, e obteve-se as seguintes respostas:

Os familiares do verde, que teve o utente hospitalizado e que recebeu cuidados de uma equipa multidisciplinar de saúde, afirmaram que - *“quando estive hospitalizado tive acompanhamento de uma equipa multidisciplinar da saúde que prestou um cuidado mais eficaz, ...cuidados em todos os vertentes necessitados”*.

O restante dos entrevistados de uma forma tímida responderam de forma quase unânime que ajudaram a passar conceitos básicos da patologia.

É de realçar a importância de uma equipa multidisciplinar da saúde na prestação de cuidados incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionista, fisioterapêutica atuando de forma conjunta tende a melhorar a qualidade e nível de vida do utente, uma vez que interferem positivamente na resolução de uma forma global e eficaz nas necessidades do utente.

Os cuidados de enfermagem por sua vez quando são bem prestados, tendem a melhorar a qualidade e nível de vida do utente em todas as vertentes como social, psicológico e motora (físico).

Concluído, em relação ao grau de conhecimento acerca da patologia e as opiniões sobre os cuidados prestados pela classe da enfermagem, chega-se a conclusão através das respostas obtidas e do contato com os entrevistados, que o conhecimento é muitíssimo vago, resumindo a conhecimentos básicos da patologia. E a nível da satisfação dos cuidados prestados pela classe de enfermagem é satisfatória, mas poderiam ser melhores se estivessem um contato permanente com a classe de enfermagem.

7.4 Categoria III

Nesta terceira e última categoria achou-se pertinente saber como é a vivência, o relacionamento e quais os cuidados prestados dentro do ambiente familiar.

O apoio dos familiares após o diagnóstico da DP é fundamental para a superação do utente, prestando apoio moral, estando sempre presente com o utente, demonstrando carinho, amor e por conseguinte a satisfação do utente e maior estabilidade psicológica. Assim Questionou aos utentes do apoio que os familiares lhes dão e, as respostas foram:

Amarelo - *“sempre recebi o apoio dos familiares, e fazem de tudo para melhorar a minha qualidade de vida, para que me sinta bem”*.

Azul – *“nunca faltou o apoio da minha família, estão sempre ao meu lado em todos os momentos”*.

Através da observação foi visível a disponibilidade e vontade por parte dos familiares em dar apoio necessário ao utente, sendo essas atitudes de grande valia para o utente uma vez que melhora o seu estado físico e mental.

Nas respostas a questão demonstra a importância que o utente atribui a família após o diagnóstico no apoio, carinho, companheirismo de todos os membros da família perante esse período de crise, devido a doença.

A família quando encontra-se bem estruturada, com os papéis divididos, tem um papel fundamental para melhorar a qualidade de vida do utente, dando um apoio psicológico e não só, fazendo com que o utente se sinta protegido e que não seja um peso para a família.

Seguindo o mesmo caminho foi questionado aos familiares como auxiliam o utente em relação aos cuidados, tendo respondido o seguinte:

F. Branco - *“são prestados ajudas em tudo o que ele necessita”*.

F. amarelo diz que - *“auxiliamos-lhe na toma dos medicamentos, e estamos sempre presente caso necessitar (...)”*.

A família desempenha um papel importante num indivíduo doente, nomeadamente nos cuidados prestados, apoiando-o e ajudando-o na sua dependência, e, embora os conhecimentos que esses entrevistados possuem sejam fracos, é notável que fazem de tudo um pouco para manter uma boa relação no ambiente familiar.

É certo que após o diagnóstico de DC, o estilo de vida do utente e dos familiares sofrem grandes transformações e muitas vezes pela negativa, nesse sentido perguntou aos utentes se após o diagnóstico da DP mantiveram o mesmo relacionamento com os familiares, em que responderam:

Verde - *“o aparecimento da patologia uniu mais a família, pois a família consegue dar-nos mais atenção, sentimos protegido, fortalecido após o diagnóstico”*.

Preto e Amarelo quase de uma forma unânime responderam que nada mudou.

O apoio familiar é extremamente importante, uma vez que proporciona ao utente um bem-estar físico e psicológico, e sentimentos de amor, carinho que por sua vez traduz-se em melhoria do quadro clínica do utente.

Por outro lado fez-se a seguinte questão aos familiares, como é o relacionamento entre eles e obteve-se as seguintes respostas:

Os familiares do Verde referem que - *“o relacionamento manteve o mesmo, apenas um ligeiro aumento na atenção disponibilizada pelos familiares (...)”*.

Enquanto que os familiares do preto dizem - *“nada mudou, tudo permaneceu na mesma (...)”*.

Sendo esse relacionamento saudável o que vai fazer com que o utente se sinta forte, seguro e protegido.

É extremamente importante, que após o diagnóstico, a família permaneça junto do utente, e, das respostas obtidas e da observação feita, pode-se observar que estes consideram a presença e o apoio da família muito importante.

Numa outra questão feita aos utentes, se o familiar tem-no auxiliado no que diz respeito a patologia, os utentes reponderam quase de forma unânime, que têm recebido todo o apoio por parte dos familiares, o que tem ajudado na superação da patologia.

Como já referido é extremamente importante e necessário que o utente mantém um bom estilo de vida (exercício físico, alimentação, higiene e integração social) mesmo após o diagnóstico, e, os familiares ao serem questionados sobre o assunto responderam da seguinte maneira:

Os F. do amarelo - *“o estilo de vida é normal, e saudável”*.

E os F. azul responderam - *“a atividade física para ela é um pouco complicada, mas de vez em quando ela faz umas caminhadas, o resto tudo normal leva uma vida normalmente”*.

As respostas obtidas vão de acordo com a observação realizada no domicílio, que quase na totalidade os utentes têm um estilo de vida saudável, apenas condicionadas pela capacidade física devido ao avanço dos sintomas.

A atividade física, uma relação de recíproca com a sociedade, uma boa alimentação é fundamental para a qualidade de vida do utente portador de DP, uma vez que permite que esteja sempre ativo, retardando os sintomas, e possibilitando a realização de várias tarefas que de outro modo seria impossível ou realizaria com um alto grau de dificuldade.

7.5 Conclusão da análise de dados

Com o término da análise dos dados obtidos da entrevista realizada aos utentes e as famílias que cuidam dos mesmos, foi possível responder a pergunta de partida “Qual é a importância dos cuidados prestados pelos familiares ao utente portador de DP?”

Das informações expostas no enquadramento teórico, nomeadamente a definição de Parkinson, os cuidados que a classe de enfermagem deve prestar a família e ao utente, relacionado com toda a pesquisa no campo (entrevistas feitas) juntamente com a observação participante, torna-se visível que é muito importante os cuidados que a família presta aos utentes dentro do ambiente familiar, pois entre eles há diálogo, apoio moral, confiança, protecção, o que evitará a depressão por ambas as partes ou até mesmo isolamento social.

Pode-se ver que, embora essas famílias possuem condições económicas moderada, conseguem prestar um cuidado que eles mesmos o consideram positivo, na medida em que se relacionam muito bem ou melhor após o diagnóstico da doença. Possuem um estilo de vida saudável, destacando alimentação equilibrada, exercícios físicos normalmente, higiene diariamente e ainda uma boa interação social por ambas as partes.

O único défice encontrado foi o fato de terem pouco conhecimento da patologia assim como dos medicamentos utilizados e dos fracos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no domicílio.

O que faz necessário a atuação da classe de enfermagem em transmitir informações relacionadas a doença e prestar cuidados adequados direccionados para a família/utente, com o objetivo de melhorar o estado global dos mesmos (nível e qualidade de vida, estado emocional, físico, mental e social, autonomia, etc).

Da observação, pode-se constatar que precisa-se de um contato mais próximo entre estes e uma equipa multidisciplinar não só no recinto hospitalar, mas também no domicílio junto da família, capacitando-os, transmitindo e esclarecendo todas as dúvidas dos mesmos em relação a patologia do utente.

Ainda da análise dos dados recolhido foi possível fazer uma comparação entre os cuidados prestados tanto pelos profissionais da saúde bem como pelos familiares dos

utentes portadores de DP, chegando a conclusão que a qualidade dos cuidados prestados nesses utentes não é a mesma entre as ilhas em causa.

Em relação aos cuidados dos profissionais da saúde, há um melhor acompanhamento na Ilha de SV, pois existe uma equipa multidisciplinar possibilitando prestar cuidados específicos e direcionados a área afetada possibilitando a obtenção de resultados bastante positivos, sendo que na ilha de SN não há essa equipa multidisciplinar, constituído apenas por um enfermeiro e um médico.

O que torna-se indispensável a introdução na ilha especialistas como fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo clínico, fonoaudiólogo não só pela DP mas sim para todas as DC existentes na ilha, de forma a melhorar a qualidade de vida de muitos utentes.

Relativamente aos cuidados prestados pelos familiares a esses seis utentes, não se passou despercebido em que constatou um melhor acompanhamento por parte das famílias de SN em relação aos de SV, isto pelo fato da vida profissional dos familiares. Embora há um relacionamento de proteção, confiança mútua, respeito e entre outros, os cuidados prestados pelos familiares em SN são mais próximos dos utentes do que os prestados em SV.

Pelo que se percebeu, em SV, alguns dos familiares entrevistados, têm mais que um emprego, e conseqüentemente menos tempo para estar com o utente, prestar cuidados no seu todo, dar mais atenção e posteriormente isso pode trazer alguma complicação futuramente.

Enquanto que dos entrevistados em SN, embora com suas vidas profissionais (um emprego), os familiares tem mais tempo para dedicar a cuidar do utente em causa, não se preocupando mais com a vida profissional do que com os membros, e assim aumentando a autoestima, condição psicológica ou bem-estar mental do utente.

8. Considerações finais

Com o término do trabalho, chega-se a conclusão que a patologia é pouco conhecida a nível nacional, com ainda uma baixa taxa de incidência, mas com tendência para aumentar, sendo necessário dar mais ênfase a patologia, atualizando dados estatísticos e melhorar a estratégia de cuidados.

A DP tem sido uma situação bastante preocupante da atualidade, com incidência sobre milhões de pessoas a nível mundial, afetando maioritariamente a população geriátrica, o que torna extremamente importante dar mais atenção e importância para o mesmo.

Frente a uma DP, é pertinente uma equipa multidisciplinar da saúde na prestação de cuidados incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionista, fisioterapêutica atuando de forma conjunta de forma a melhorar a qualidade e nível de vida do utente, uma vez que interferem positivamente na resolução de uma forma global e eficaz nas necessidades do utente.

No que se diz respeito aos utentes portadores da patologia em si, nota-se que adaptam-se a patologia, mas influenciando em algumas mudanças no estilo de vida dos mesmos, a medida que a doença evolui, mas não deparou-se com graves dificuldades durante a pesquisa. Ainda é de referir que a família é um aspeto importante a esses utentes pois com o apoio e a ajuda desta, conseguem aceitar e lidar melhor com o novo estilo de vida.

Referentemente a classe de enfermagem, é de realçar que os cuidados prestados aos utentes portadores de DP estão longe de ser o mais desejável, não só por parte dos profissionais de saúde como também pela falta de recursos humanos e materiais, e da base de registos já referido anteriormente para possibilitar a identificação e acompanhamento dos mesmos.

Os objetivos traçados no início da pesquisa foram alcançados, em que consegui compreender o processo da DP no seu todo, identificar as possíveis intervenções de enfermagem a serem prestados no utente portador da DP, assim como conhecer e vivenciar junto dos utentes e dos respetivos familiares os sentimentos e os cuidados prestados ao membro doente. Ainda foi possível fazer uma breve comparação dos cuidados prestados á

esses utentes em SV e os de SN, cuidados esses sendo prestados tanto pelos familiares, assim como pelos profissionais da saúde.

Nisto achou-se pertinente sugerir algumas propostas, destacando:

- Criar de uma base de dados e registos para o acompanhamento periódico dos utentes portadores da DP pela equipa da saúde;
- Criar panfletos informativos sobre a DP como forma de informar a todos sobre esta doença;
- Promover campanhas de divulgação do mesmo.

9. Referências Bibliográficas

- Berger, S., M. Mailloux, T. (2004): “A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento, Rio de Janeiro, editora Vozes.
- Bottino, C. (2005), Doença de Parkinson. Disponível em: <http://www.Neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Parkinson>. Consultado em 06/04/2015
- Black E. Jacobs M.(2004), Enfermagem Medico- cirúrgica- “uma abordagem Psicológica”. , São Paulo, Editora Guanabara.
- Carpenito. R., (2004), Teóricas de enfermagem, Portugal, Lusociência.
- Carvalho, M. (2011). A enfermagem e o humanismo. Braga, Lusociência.
- Gouveia, E. (2008). As alterações cognitivas na doença de Parkinson: Défice Cognitivo, Demência e Aspectos Neuropsiquiátricos. Dissertação apresentada a Faculdade de Ciências da Saúde para obtenção do grau de mestre em Medicina: Universidade da Beira interior, WWW.Fcsaude.ubi.pt/Thesis/tema.php?id=718, consultado em 15/05/2015, 22h:14mn
- Goodwin, V. (2008). Intervenções em pacientes portadores de doença de Parkinson. Nova Iorque, Disorders editory.
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de cuidados à saúde da família, Teoria, práticas e investigações. Lisboa, Lusociência.
- Ferreira J. Levy, A., (2003). Doença de Parkinson - Manual Prático. Lisboa, Lidel.
- Fialho, A. e Coelho, M. F., (2008), Diagnostico e intervenções de enfermagem relacionados com o NHF mecânica corporal, Portugal.
- Lowdermilk, D. Perry e Bobak .(2002). O Cuidado em Enfermagem geriátrica. 5ª Edição. Porto Alegre: ArtmedEditora.
- Manahas, Sands, Neighbors e Marek. (2007) “perspectiva da saúde doença”. 3 edição, porto editora
- Monteiro. M, (2007). A Literacia em Saúde. Dissertação de Mestrado em Ciência de educação. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Lusociência.
- Netto, M. P., (2003), A velhice e o envelhecimento em visão globalizada, São Paulo.
- Pereira J., (2002), O cuidar em enfermagem, Portugal, <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1598>, 2015-05-11, 22:44

- Perry, P. e. (2006). Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos. Portugal: luso ciência.
- Pertenella, F. M., & Markon, S. S. (2008). Descobrindo a doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano no seu familiar. São Paulo: Lusodacta.
- Phipps, Sands. Marek. (2003). enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica. Porto, Lusociência.
- Quivy, Raymond et al. (1998) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva
- Santos, C. Santana, V. e Borges, B. (2010) Assistência de enfermagem a mulheres no processo de envelhecimento, <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7645>, 2015-05-21, 19:10
- Santos, A. (2005). Instrumentos de medida úteis no contexto da avaliação em Fisioterapia. Revista da Escola Superior de Saúde do Alcoitão. 1:131-156.
- Shannon, K. (2004) A neurologia e a prática clínica. Boston, Butterworth editora
- Souza, G. et al. (2005) Doença de Parkinson aspectos clínicos: Visão da Fisioterapia. Fisioterapia em Movimento, visioeditora.
- Stokes, M. (2006). Neurologia para Fisioterapeutas. São Paulo: ED. Premier.
- Teivei, G. (2006) “Tremores”. Em: Revista Brasileira de Medicina 68.1 (2011), pp. 288–293.
- Tomey, A. M. e Alligood, M. R., (2004), Teóricas de enfermagem e sua obra, Portugal, Lusociência.
- Trelha, C. S., (2007), O fisioterapeuta no programa de saúde da família, http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v8n2/Art%203%20_v8%20n2_.pdf, 2015-05-04, 21:01
- Vaz, R. (2011). Guias de saúde Parkinson. Hospital de São João: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, porto editora.
- Yousefi, A. (2009). Patologias crônicas e a doença de Parkinson. São Paulo, Guanabara

APÊNDICES

Apêndice I

Consentimento Informado

Exmo. senhor (a)

Eu Pedro Emanuel Semedo Da Graça, estudante do 4^a ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por esta via convida-lo(a) a participar da pesquisa cujo tema **“Os cuidados prestados á utentes portadores da doença de Parkinson”**, que será realizado tanto no campo hospitalar com extra hospitalar, com o objetivo de conhecer a qualidade e o nível de vida do utente portador da doença de Parkinson, assim como a relação existente no seio familiar.

Para a colecta de informações serão realizadas entrevistas com questões norteadoras relacionadas ao tema. As entrevistas serão agendadas previamente, no horário e local que mais lhe for conveniente. Durante a entrevista, será utilizado um gravador e será feito anotações a fim de registar todas as informações pertinentes. Salienta-se que o gravador só será utilizado com o seu consentimento, com o objetivo de apreender toda a sua fala durante a entrevista.

Tais informações recolhidas serão usadas somente para fins científicos desta pesquisa e tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade do (a) mesmo (a). E, que em qualquer momento pode recusar a participar da pesquisa, sem ser penalizada.

Em caso de dúvida ou necessidades de maiores esclarecimentos pode contactar pelo número 9893389 ou pelo correio eletrónico piducasemedo@hotmail.com. Ou ainda esclarecer as dúvidas junto á Universidade do Mindelo.

Pesquisador

Responsável:_____

Eu _____, tendo sido totalmente esclarecido sobre a pesquisa/entrevista, aceito participar da mesma.

Assinatura_____

Mindelo, Março de 2015

Apêndice II

Entrevista para o utente portador da DP

1. Caracterização Geral:

- a) Sexo: Masculino____ Feminino____
- b) Idade: ____
- c) Estado Civil: _____
- d) Ocupação: _____

2. História da DP

- a) Há quanto tempo tem a Doença de Parkinson?

—

- b) Como reagiu ao diagnóstico da doença?

- c) Quais os conhecimentos que tem sobre a DP, e com quem adquiriu os mesmos?

- d) Quais foram as mudanças ocorridas na sua vida após o diagnóstico da doença?

3. História do cuidado Familiar

a) Teve apoio dos familiares após o Diagnóstico da doença? Como?

b) Após o diagnóstico da DP manteve o mesmo relacionamento com os familiares?
Se não, o que mudou?

c) Sente-se activo e autónomo na realização das tarefas diárias junto com os familiares? De que forma?

d) Descreve como se sente na presença da família.

e) Os familiares tem-no auxiliado no que diz respeito à sua patologia?

4. História do cuidado de Enfermagem

a) Já esteve hospitalizado por causa da sua patologia? Se sim, quando e por quanto tempo?

- b) Descreve como foi a relação com os enfermeiros durante a hospitalização no serviço hospitalar.

- c) Quais os cuidados ou intervenções de enfermagem que os Profissionais de enfermagem prestaram e prestam para si no contexto hospitalar?

- d) Quais os cuidados de enfermagem prestados no Domicílio pelos enfermeiros?

- e) Até que ponto os cuidados de enfermagem melhoraram a sua qualidade e nível de vida?

Muito Obrigado!!!

Apêndice III

Guião Entrevista aos familiares

1. Têm algum conhecimento da patologia do utente? Se sim quais são esses conhecimentos?

2. De que forma a doença de Parkinson afectou a família?

3. Após o diagnóstico da doença a vossa qualidade de vida mudou? Se sim, como?

4. Como é o relacionamento (interajuda) entre os familiares e o utente?

5. Foi feita alguma adaptação/mudança em casa após o diagnóstico da doença? Se sim, quais?

6. Têm conhecimento dos medicamentos que o utente toma? Quais são?

7. Esses medicamentos são administrados na hora certa? Se não, porque?

8. Como é o estilo de vida (exercício, alimentação, higiene, interação social) do utente?

9. Como auxiliam o utente em relação aos cuidados?

10. Algum profissional da saúde entrou em contacto com os familiares para esclarecimentos da patologia? Se sim, quais foram esses profissionais?

11. Como é que esses profissionais de saúde ajudaram a família em relação à patologia?

12. Como avalia esses cuidados que são prestados ao utente e á família? Porquê?

Apêndice IV

Grelha de Observação

Acessibilidade da habitação	Sim	Nao
Piso escorregadio	✓	
Acesso apropriado	✓	
Existência de degraus	✓	
Quarto		
Altura segura da cama		✓
Iluminação adequada	✓	
Arejamento	✓	
Adaptações		✓
Casa de banho		
Piso antiderrapante		✓
Iluminação adequada	✓	
Louça adaptada		✓
Higiene		
Quarto e resto da casa limpa	✓	
Higiene do utente	✓	
Dos familiares	✓	
Recursos Materiais		
Andarilho		✓
Cadeiras de roda		✓
Alimentação		
Saudável	✓	
Trabalho	✓	
Exercícios físicos	•	

Apêndice V

Cronograma

Tarefas	Outu bro	Novem bro	Dezembr o	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai o	Jun ho	sete mbr o
Levantament o Bibliográfico										
Revisar Referências Bibliográficas										
Elaboração Do Projeto de Pesquisa										
Elaborar instrumento de recolha de dados										
Aplicar a entrevista										
Elaboração do TCC										
Interpretação dos dados										
Tabelar os dados										
Resumo										
Tradução										
Entrega do TCC										
Apresentaçã o do TCC										

Apêndice VI

Exma. senhora

Delegada de saúde de São Vicente

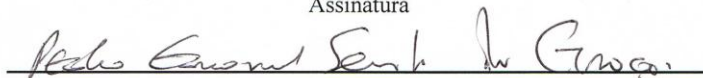


Eu Pedro Emanuel Semedo da Graça, residente em São Vicente, portador do BI numero 349870, natural de São Nicolau, freguesia da nossa senhora da lapa, estudante do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem na universidade do Mindelo, aluno numero 2577, morador na zona de Maderalzinho, vem por este meio respeitosamente solicitar a vossa excelência que se digne de facultar dados arquivados nesta instituição referentes a utentes portadores da doença de Parkinson a fim de obter dados validos para realização de um trabalho de conclusão de curso de enfermagem, cujo o tema é “ Importância dos cuidados de enfermagem nu utente portador da doença de Parkinson na prespetiva familiar”

Pede deferimento

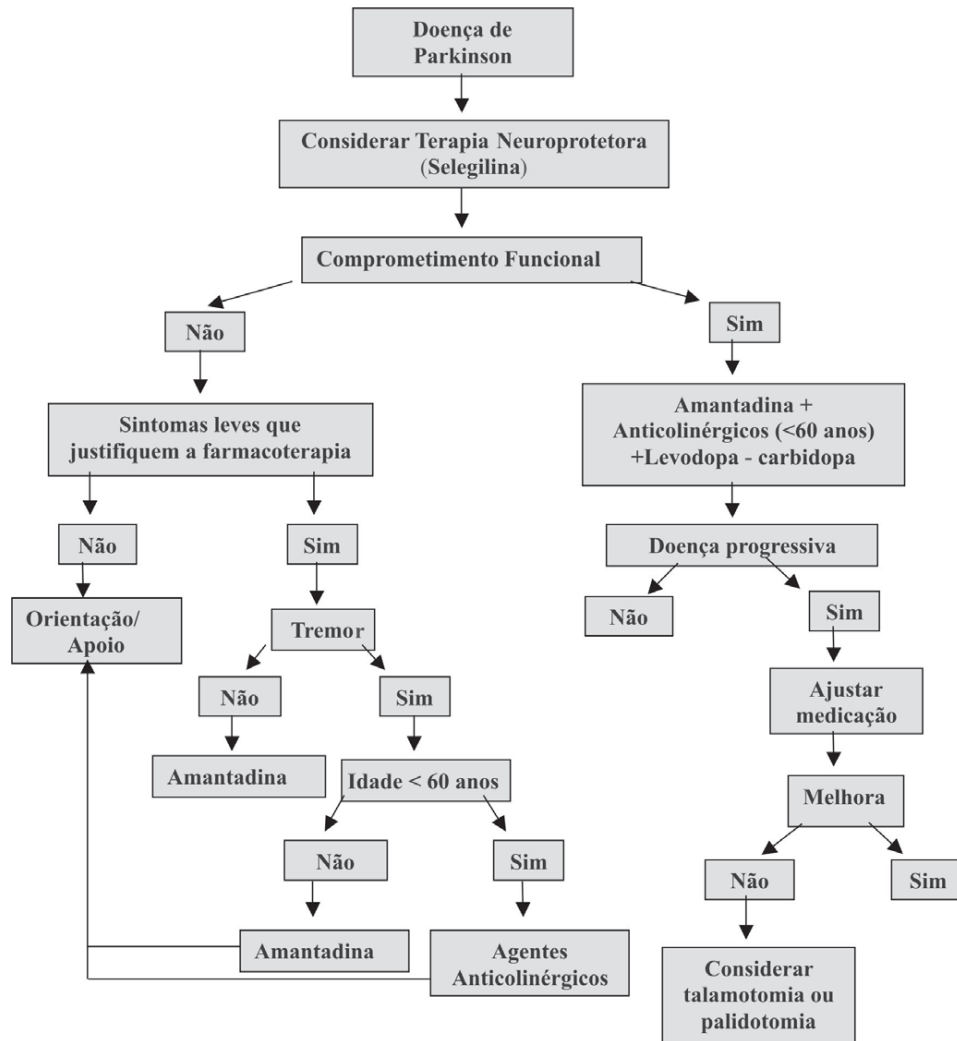
Mindelo 12 de Janeiro de 2015-09-03

Assinatura



ANEXO

Anexo I



Fonte: Revista Científica da FMC. Vol. 2, nº 2, 2007 [Doença de Parkinson: como diagnosticar e tratar] - Moreira CS et al.

Anexo II



Fonte: Vaz, R. (2011). *Guias de saúde Parkinson*. Hospital de São João: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, porto editora.

Anexo III



Fonte: Bottino, C. (2005), *Doença de Parkinson*. Disponível em: <<http://www.Neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Parkinson>>. Consultado em 06/04/2015

